

מס' קולקטיב	נכונים סוכנות לביטוח	תאריך התחלת הביטוח* שנה / חודש / יום	תאריך התחלת עבודה שנה / חודש / יום
-------------	-------------------------	---	---------------------------------------

הטופס מיועד לעובדים קיימים וחדשים ובני משפחותיהם\* המעוניינים להצטרף לביטוח.  
\*צירוף בני משפחה של החברה/ במועדון טוב מותנה בביטוח העובד ולמסלול שנבחר ע"י חברה/ במועדון טוב.

א. פרטי חברה/ במועדון טוב - עובדי מדינה						
מספר טלפון נייד	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חברה/ מועדון טוב
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					
מספר טלפון בעבודה	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	כתובת מגורים	דוא"ל
מצב משפחתי	סוג שב"ן	קופת חולים	@			
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין שתעדכנו את פרטי הכתובת, הנייד והדוא"ל שלי במאגר הכתובות שלכם על פי הרשום במסמך זה. (לידיעתך, אם לא תסמן בחירה זו, פרטייך בפוליסות חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה).						

**ב. פרטי המועמדים לביטוח**

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתיתתו תחשב כהסכמת הקטין.  
 במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.  
 במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי - פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך באיילון.  
**חשוב לדעת:** דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך באיילון, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי שלך באתר החברה [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		

כתובת מגורים						
מספר טלפון נוסף	מספר טלפון נייד	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	בן/בת זוג <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד
						ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד
			@		בן/בת זוג	כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים
			@		ילד מעל גיל 18	
			@		ילד מעל גיל 18	
			@		ילד מעל גיל 18	

ג. דמי הביטוח					
גיל המבוטח	רובד בסיס + הרחבה לבסיס (פרקים ד-ח*)	רובד רשות ראשון אופציה ראשונה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (1), י, יא)	רובד רשות ראשון אופציה שנייה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (2), י, יא)	רובד רשות שני - שירותים אמבולטוריים (פרק יב)	רובד רשות שלישי - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק יג)
ילד עד גיל 20	13.4	9.7	14.0	11.4	2.9
חברים בגילים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	24.7 27.2	26.0	30.0	27.4	7.8
40 - 31 בן/בת זוג*:	24.7 27.2	26.0	38.5	27.4	7.8
50 - 41 בן/בת זוג*:	24.7 37.2	58.0	60.5	27.4	23.0
55 - 51 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	90.5	27.4	61.5
60 - 56 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	118.5	27.4	96.0
65 - 61 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	143.0	27.4	123.0
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	31.0 34.1	130.1	189.0	27.4	155
					הכיסוי יסתיים גיל 70

\* פרמיה בן/בת זוג: תוספת 10%.  
\* מדד 12798 שפורסם בתאריך 15.3.2022.

ד. תוכניות הביטוח					
רובד בסיס + הרחבה	רובד רשות ראשון + הרחבה		רובד רשות שני	רובד רשות שלישי	
<ul style="list-style-type: none"> <li>השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.</li> <li>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.</li> <li>תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.</li> <li>הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה.</li> <li>אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח.</li> <li>שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח.</li> <li>ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון".</li> <li>שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח.</li> <li>ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.</li> </ul>	שירותים רפואיים אמבולטוריים	פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות נא סמן V במשבצת ולציין מספר מנות מבוקש.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חברה/מועדון טוב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד* 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חתן / כלה 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נכד* 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

\* ילד / נכד - עד גיל 25

**ה. הצהרת בריאות**

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים. יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

**על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).**

חברה		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמות המועמדים											
גובה (בס"מ) _____ (מגיל 6 בלבד) _____											
משקל (בק"ג) _____											
1. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-3 השנים האחרונות? נא פרטי/י											
2. האם עברת השתלה או ידוע לך הצורך לעבור השתלה נא פרטי/י ?											
3. האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות (למעט אשפוז לצורך הריון או לידה) או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/י											
4. <b>מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:</b> האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, עקב מחלה או חשד למחלה שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)											

**האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: (סמן ב- X)**

1. מערכת העצבים (נוירולוגיה) והמוח: <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות											
2. עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)											
3. מערכת לב וכלי דם: <input type="checkbox"/> לב <input type="checkbox"/> כלי דם <input type="checkbox"/> מחלת דם											
4. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 3 השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> סוכרת מטופלת באינסולין											
5. מערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה											
6. מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> קיבה <input type="checkbox"/> מעיים ומרכת העיכול <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> כבד											
7. מערכת השתן: <input type="checkbox"/> ככליות <input type="checkbox"/> דרכי השתן											
8. אורתופדיה ומערכת השלד: <input type="checkbox"/> גב ועמוד השדרה <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/>											
9. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב-5 השנים האחרונות - אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג											
10. לנשים (מגיל 14 בלבד): <input type="checkbox"/> שדיים <input type="checkbox"/> מערכת גניקולוגית <input type="checkbox"/> בעיות פריון <input type="checkbox"/> האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מת? _____											
11. האם הנך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?											
12. האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים.											
13. נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות											

**פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אליו אתה מתייחס)**

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'

### 1. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, יהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שהביטוח אינו מכסה תביעות בכפוף לסייג מצב רפואי קודם המפורט בפוליסה ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה), למעט מבטוחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף יינתן לכיסויים חופפים).

### 2. הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבטוח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה יחול על ידי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתימתי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
חברה/מועמד טוב				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

### 3. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון.  מסכים  לא מסכים

תאריך	שם חברה/מועמד טוב	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה

ב. הרינו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת איילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.

ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

### 4. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X במקום המתאים:

עובד/ת  בן/בת זוג  ילד ראשון  ילד שני  ילד שלישי  ילד רביעי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.

אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כגביר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כגביר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

שם חברה/מועמד טוב	חתימת בן/בת זוג	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם

### 5. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר שבמסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיו/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. אני החתום מטה סוכן הביטוח מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

סה"כ פרמיה	תאריך השיחה / מילוי הטופס	שם הנציג	שעת השיחה

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים  
The form is intended for women and men alike.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
Please be sure to complete this form precisely and in full.

**מועדי הגבייה:** בתשלום בכרטיס אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, תשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.  
**לתשומת ליבך,** במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

### הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה")

<b>הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי *</b>	
אני מר/גב' _____ מספר זהות _____	כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____
<b>שםספר</b>	<b>בתוקף עד</b>
_____	_____
<input type="checkbox"/> יזיה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____	
<p>מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום, על מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופנק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.</p>	
<b>תאריך</b>	<b>חתימת בעל הכרטיס</b>
_____	_____

### בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<b>בנק</b>	<b>סניף</b>	<b>סוג חשבון</b>	<b>מס' חשבון</b>
_____	_____	_____	6 3 9
<b>קוד מוסד (המוטב)</b>		<b>אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</b>	
<b>שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ</b>			
<b>אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</b>			

**לכבוד**  
בנק \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_  
( "הבנק" )

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
-או-  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_.

### לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

- אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח"פ \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")
- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- ידוע לנו כי:
  - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
  - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
  - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
  - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
  - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
  - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
  - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

<b>תאריך</b>	<b>חתימת הלקוחות</b>
_____	_____

### אישור הבנק

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<b>בנק</b>	<b>סניף</b>	<b>סוג חשבון</b>	<b>מס' חשבון</b>
_____	_____	_____	6 3 9
<b>קוד מוסד (המוטב)</b>		<b>אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</b>	

**לכבוד**  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן  
ת"ד 10957, מיקוד 5250606

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

<b>תאריך</b>	<b>בנק</b>	<b>סניף</b>	<b>חתימה וחותמת הסניף</b>
_____	_____	_____	_____